

様式第2号（第4条関係）

燕市軽・中等度難聴者補聴器購入費助成医師意見書

助成 対象者	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
病名				
障害部位 及びその 状況				
聴力	右	dB	・	左 dB
補聴器の 要・否 及び効果	右（要・否） 左（要・否）  (効果)  (両耳に必要な場合、その理由)			
処方				
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師氏名</p>				

- ・本意見書の記載は、身体障害者福祉法による指定医が記入したものに限りません。
- ・聴力の測定は、平成15年1月10日付、厚生労働省・社会援護局障害保健福祉部長通知(障発第110001号)の「身体障害者障害程度等級表の解説(身体障害認定基準)について」に規定する純音オーディオメータ検査によります。